

健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (立替払い・治療用装具)

令和 4 年 4 月 10 日提出

被保険者情報
被保険者証の記号番号: 〇〇〇 番号: 〇〇〇〇 社員番号: 〇〇〇〇 所属及び部署名: 総務部
被保険者氏名(自署): ケンポ タロウ 健保太郎 住所: 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 代々木イースト〇〇〇号室
生年月日: 昭和 平成 3 年 6 月 7 日 電話: 090 (1234) 5678

申請内容
受診者(該当に☑): [x]本人(被保険者) [ ]家族(被扶養者)
傷病名: インフルエンザ 発病または負傷年月日: 令和 4 年 3 月 1 日
発病の原因および経過: 発熱により受診
診療を受けた医療機関等の名称・所在地: 〇〇〇病院 健康 一郎 東京都〇〇区〇〇町7-8-9
診療を受けた期間: 令和 4 年 3 月 1 日から 1 日間
療養費の支給申請の理由(該当に☑): [x]緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
交通事故等第三者が原因ですか: はい いいえ

振込先指定口座
金融機関名称: 三菱UFJ 銀行 信用金庫 渋谷明治通 本店支店 支店番号: 470
預金種別: 普通 当座 口座番号: 1234567 名義人(カタカナ): ケンポ タロウ

備考
個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)
個人番号(マイナンバー)を記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付して下さい。
①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③マイナンバーカード(両面)の写しのいずれか1点
※上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写しのいずれか1点も添付して下さい。

受付日付印

- <添付書類> 立替払い・・・診療報酬明細書(原本)と医療機関発行の領収書(原本)
治療用装具・・・詳細のわかる領収書(原本)と医師の意見書(原本)
靴型装具の申請をする場合は当該装具の写真(3~4枚)
治療用眼鏡・・・領収書(原本)と医師の作成指示書(写し)